

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Н. Д. Волошенкова, Д. М. Давыдов, В. С. Кадочников, С. В. Янко

Одесский государственный медицинский университет

Цель исследования — определить показания к выбору метода лечения у больных с хронической критической ишемией нижних конечностей (ХКИНК) при облитерирующих заболеваниях сосудов и сравнить их результаты.

Проведено обследование и хирургическое лечение 58 больных с облитерирующим поражением артерий нижних конечностей с ХКИНК. Мужчин было 44 (76%), женщин — 14 (24%). Возраст больных от 41 до 89 лет, при этом 70% больных были в возрасте свыше 60 лет. Среди сопутствующих заболеваний наибольший удельный вес составили ишемическая болезнь сердца (76%), перенесенный инфаркт миокарда (19%), органическое поражение экстракраниальных отделов сонных артерий — 36%, гипертоническая болезнь — 59%, заболевания легких были у 20,5%, у 6% — диабет. Причинами возникновения ХКИНК у 37 (64%) больных был изолированный атеросклероз, у 16 (28%) — аортоартериит, у 5 (8%) — атеросклероз на фоне сахарного диабета. Исходная ишемия нижних конечностей по R. Fontaine — A. V. Покровскому была 3-й ст. — у 26 больных, 4-й ст. — у 32 больных. Оклюзия на уровне бедренно-подколенного сегмента артерий наблюдалась в 43,8%, окклюзия берцовых артерий с сохранением пульса на подколенной артерии в 56,2% случаев. Гнойно-септические осложнения ХКИНК были выявлены у 72% больных, они значительно ухудшают прогноз заболевания.

В зависимости от вида хирургического лечения пациенты были разделены на три группы: 1-я группа — 23 больных, которым произведены изолированные прямые реваскуляризирующие операции; 2-я группа — 15 больных, у которых выполнены не прямые реваскуляризирующие операции; 3-я группа — 20 пациентов, которым осуществляли сочетанно прямые и не прямые реваскуляризирующие операции.

Операции на сосудах сочетались с проведением некрэктомии, экзартикуляции пальцев, экономной ампутации на стопе и голени, с ампутацией конечности на уровне бедра. Непосредственный результат хирургического лечения оценивали как хороший, удовлетворительный, неудовлетворительный. При поражении бедренно-подколенного сегмента в стадии тяжелой ишемии конечности при хороших и удовлетворительных "путях оттока" предпочтение отдавали прямой реваскуляризации. При выполнении шунтирующей реконструкции при сохранении просвета проксимального сегмента подколенной артерии (ПКА) проводилось проксимальное бедренно-подколенное шунтирование (БПШ) у 3 больных, в случае окклюзии проксимального сегмента ПКА выполнялось дистальное БПШ — у 2 или бедренно-берцовое шунтирование — у 2 пациентов. Наличие стенозирующей бляшки у бифуркации ПКА явилось по-

казанием к выполнению эндартерэктомии у 6 больных. В большинстве случаев шунтирование выполняли реверсированной аутовеной — у 5 больных, в 2 случаях был использован дакроновый протез. Пациентам в крайне тяжелом состоянии выполнили мининвазивные рентгеноэндоваскулярные вмешательства (баллонная дилатация стеноза, стентирование). У всех пациентов с "ишемией нагрузки" и пациентов с ишемией 3–4 степени, но неудовлетворительных "путях оттока", операцией выбора была профундопластика, которая произведена 6 пациентам. Обязательным этапом операции являлась прямая эндартерэктомия из общей и глубокой бедренных артерий. У 8 больных профундоластика сочеталась с поясничной симпатэтомией (ПСЭ), которую проводили при сохраненном высоком перфузионном резерве периферического артериального русла, который определяли путем проведения функциональных проб с нитроглицерином при реовазографии.

Операцией "резерва" при неудовлетворительных "путях оттока", особенно у пациентов с сопутствующим сахарным диабетом, были не прямые методы реваскуляризации, являющиеся иногда альтернативой ампутации. У 6 больных с окклюзией артерий голени произведена ПСЭ. Снижение перфузионного резерва отмечали преимущественно у пациентов с тяжелой ишемией конечности и сопутствующим сахарным диабетом. Этой группе пациентов проводили консервативную терапию, не которым из них выполнили остеотрепанацию.

У больных в крайне тяжелом соматическом состоянии или с тяжелыми изменениями ишемизированных тканей, особенно при значительном нарушении движений в суставах, выполняли первичную ампутацию конечности. Показания к выполнению реконструктивных операций на сосудах у больных с атеросклеротической гангреной конечности следует ставить с большой осторожностью, поскольку неудачная сосудистая реконструкция приводит к обеднению коллатерального кровотока конечности, усугублению ишемии, повышению уровня ампутации, существенному увеличению сроков и стоимости лечения.

В результате лечения у всех пациентов с исходной "ишемией нагрузки" получены хорошие результаты, основным критерием положительного эффекта являлось увеличение толерантности к физической нагрузке.

У пациентов с ишемией конечности 3 и 4 степени хорошие результаты были получены у 52,1% больных, удовлетворительные — у 34,2%, неудовлетворительные — у 13,7%. Из 58 пациентов с тяжелой ишемией конечности 8 больным компенсировать кровообращение в конечности не удалось, была выполнена ампутация на уровне бедра, 20 больным выполнена "малая ампутация" с сохранением опороспособности конечности.